Deutscher Bundestag **Drucksache 16/6184**

16. Wahlperiode 01. 08. 2007

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/6083 –

Frühzeitige Krankenhausentlassungen und Fallpauschalen

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Verweildauern von Patienten in Krankenhäusern sinken seit vielen Jahren immer weiter. 1991 betrugen die durchschnittlichen Liegezeiten im Krankenhaus noch 14 Tage, während im Jahr 2005 das statistische Bundesamt nur noch 8,6 Tage pro Fall verzeichnete. Dies ist eine Entwicklung, die sich nicht nur nicht nur in Deutschland beobachten lässt, sondern in den meisten Industriestaaten.

Die weitere Verkürzung der Liegezeiten war ein erklärtes Ziel der Bundesregierung bei der in den letzten Jahren vollzogenen Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG; Fallpauschalen). In der Begründung dieser Neuregelung im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes, das im Jahr 2000 in Kraft getreten ist, war von „verweildauersenkenden Anreizen“ die Rede.

Vor 2004/2005 wurde über Tagessätze abgerechnet. Diese Abrechnungsart begünstigt unnötig lange Liegezeiten. Die DRGs hingegen setzen Anreize für zu kurze Liegezeiten. Daher mussten auch „untere Grenzverweildauern“ eingeführt werden, die wirtschaftliche Anreize setzen, Patienten nicht zu früh zu entlassen.

Das Senken der Verweildauer ist indes kein Selbstzweck. Ziel hierbei war es, Ressourcen einsparen zu können. Nach der aktuellen REDIA-Studie der Deutschen Rentenversicherung gelingt dies jedoch nicht wie geplant:

Das Deutsche Ärzteblatt (14/2007; S. A923-A926) berichtet von einer Verschlechterung des Zustandes der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akuten stationären Versorgung durch die Einführung der DRGs. In den untersuchten Medizinbereichen (Orthopädie und Kardiologie) mehren sich die Komplikationen in der auf die Akutbehandlung folgende stationäre Rehabilitationsbehandlung.

Es treten beispielsweise nach der Akutversorgung vermehrt auf: Wundheilungsstörungen, Perikard- und Pleuraergüsse, Herzinsuffizienz nach Herzinfarkten und vermehrtes Auftreten von Antibiotika-resistenten Krankenhausinfektionen (MRSA). Der Allgemeinzustand der in die Reha-Kliniken eingewiesenen Patienten habe sich verschlechtert.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. Juli 2007 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Die allgemein gebräuchliche Bezeichnung „blutige Entlassungen", die oft statt des neutralen Begriffs „frühzeitige Krankenhausentlassungen" gebraucht wird, wird durch ein weiteres Beispiel aus dem Artikel des Ärzteblattes untermauert: In einer kardiologischen Reha-Klinik waren nur gut 15 Prozent der eingelieferten Patienten nach OP ohne Wundnachsorgebedarf.

Diese Reha-Klinik hat sich mittlerweile organisatorisch auf diese veränderte Situation eingerichtet und mehr Pflegekräfte eingesetzt. Dies erzeugt natürlich höhere Kosten, ebenso wie der höhere Medikamenten- und Laborbedarf.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Seit dem Jahr 2003 können akut-stationäre Krankenhausleistungen in Deutschland über DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden. Bei der Systementwicklung und der Ausgestaltung einzelner Komponenten des Entgeltsystems wurden große Fortschritte hin zu einer sachgerechten Abbildung der Leistungen gemacht. Beispielhaft zu nennen sind hier Zusatzentgelte für patientenindividuell sehr unterschiedlich teure Medikamente in der Chemotherapie, Prozedurenschlüssel für besonders anspruchsvolle Komplexleistungen und DRGs für Mehrfacheingriffe. Auch international wird dem erreichten Entwicklungsstand und den gefundenen Systemlösungen viel Aufmerksamkeit und Anerkennung zuteil. Positive Entwicklungen sind erkennbar hinsichtlich einer Verbesserung von Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung sowie einer stärkeren Abstimmung von Leistungsangeboten. Durch die gestiegene Transparenz und die vermehrte Spezialisierung sind Qualitätsverbesserungen indiziert.

Optimierungspotentiale an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und im Anschluss an die Krankenhausversorgung sowie Unterschiede in der Behandlungsqualität zwischen den Krankenhäusern ebenso wie zwischen den übrigen Leistungsanbietern müssen genutzt werden. Hierzu kann die Transparenz des DRG-Vergütungssystems wesentlich beitragen. Untersuchungen auf verschiedenen Ebenen über die Versorgungsstrukturen und -qualitäten sowie über die Wirkungen des DRG-Fallpauschalensystems sind notwendig und gesetzlich vorgeschrieben.

Belastbare Hinweise auf Verschlechterungen der Versorgungsqualität oder eine Zunahme von medizinisch nicht indizierten und verfrühten Entlassungen gibt es bislang nicht. Allerdings steht eine systematische Aufarbeitung des Einflusses der DRG-Einführung auf die Qualität der Versorgung, insbesondere im Rahmen der nach § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durchzuführenden Begleitforschung noch aus. Mit dieser Begleitforschung wurden die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung, beauftragt. Diese haben Forschungsaufträge auszuschreiben. Zwar wurde bislang eine Machbarkeitsstudie durchgeführt, jedoch ist die gesetzlich vorgesehene Vergabe von Forschungsaufträgen noch nicht erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die für die Begleitforschung verantwortlichen Selbstverwaltungspartner in der Vergangenheit mehrfach nachdrücklich zu einer zügigen Durchführung der Begleitforschung aufgefordert. Die gesetzliche Begleitforschung umfasst insbesondere die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen, die Qualität der Versorgung, auf die anderen Versorgungsbereiche sowie auf Art und Umfang von Leistungsverlagerungen.

1. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über die Verschlechterung des Zustandes von aus dem stationären Akutbereich kommenden Patienten in den letzten Jahren vor, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Die Bundesregierung hat keine belastbaren Erkenntnisse, inwieweit seit der DRG-Einführung eine Verschlechterung des Zustandes von entlassenen Krankenhauspatientinnen und -patienten eingetreten ist, also zur Ergebnisqualität der stationären Behandlung. Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung bereits dargelegt, liegen insbesondere noch keine Ergebnisse aus der nach § 17b Abs. 8 KHG gesetzlich vorgegebenen Begleitforschung zu den Auswirkungen des DRG-Systems vor. Eine anlässlich der Kleinen Anfrage kurzfristig von den Selbstverwaltungspartnern erbetene Stellungnahme führte zu der gemeinsamen Rückmeldung des AOK-Bundesverbandes, des BKK-Bundesverbandes, des IKK-Bundesverbandes, der Knappschaft und des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, wonach ihnen derzeit keine Erkenntnisse über eine Verschlechterung des Zustandes von aus dem stationären Akutbereich kommenden Patienten innerhalb der letzten Jahre vorlägen, die über den Bereich der Einzelfallberichte hinausgingen. Insbesondere sei kein ursächlicher Zusammenhang mit dem Wechsel des Vergütungssystems von tagesbezogener Vergütung hin zu DRG-Fallpauschalen festzustellen.

Auch eine im Frühjahr 2007 bei Verbänden und Instituten auf der Bundesebene durchgeführte Umfrage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den Auswirkungen der DRG-Einführung konnte angesichts fehlender qualitativer und quantitativer Daten keine belastbaren Hinweise auf eine Verschlechterung der Ergebnisqualität geben. Die Einschätzungen zum Einfluss des DRG-Systems auf die Versorgungsqualität bleiben wegen fehlender Datengrundlagen und einer möglichen Beeinflussung durch die jeweilige Interessenlage weitgehend subjektiv. Die Rückmeldungen reichen von der Vermutung einer tendenziellen Verbesserung der Versorgungsqualität bis hin zur Annahme einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität in verschiedenen Punkten und Bereichen (z. B. Verminderung der pflegerischen Versorgungsqualität, Probleme bei der Etablierung eines Überleitungsmanagements, verfrühte Entlassungen in die Rehabilitation).

Die einzige der Bundesregierung bekannte Studie, die gezielt Auswirkungen auf die Ergebnisqualität gemessen hat, ist die so genannte REDIA-Studie des Instituts für Krankenhausmanagement (IKM). Die Studie wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen gefördert. Der Studie zufolge gibt es erste Hinweise, dass die Erkrankungsschwere bei orthopädischen und kardiologischen Indikationen in der Rehabilitation 2005/2006 gegenüber 2003/2004 zugenommen hat (Orthopädie: Zunahme von Wundheilungsstörungen und Hämatomen, Kardiologie: Häufung von Perikard- und Pleuraergüssen bei Bypass-Patienten). Wie die Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund zur REDIA-Studie jedoch klarstellend ausgeführt hat, erfüllen nach den Resultaten der Studie „die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Verlegung die Kriterien der Reha-Fähigkeit. Dies setzt eine ausreichende Wundheilung voraus. In der Regel nehmen die Rehabilitanden von Beginn an am Reha-Programm teil“ (Leserbrief zu dem in der Vorbemerkung der Fragesteller angeführten Beitrag des Deutschen Ärzteblattes: Deutsches Ärzteblatt, 23/2007, S. A1651).

Um im Zusammenhang der DRG-Einführung eine Verschlechterung der Ergebnisqualität der stationären Behandlung zu verhindern, hat die Bundesregierung bereits frühzeitig vorbeugende Maßnahmen ergriffen. Stichwortartig zu nennen sind die Stärkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhausbereich, insbesondere die Einführung einer verpflichtenden Veröffentlichung strukturierter Qualitätsberichte durch die Krankenhäuser und die auf eine Verbesserung der

Ergebnisqualität ausgerichtete Einführung von Mindestmengen für planbare Leistungen sowie die Möglichkeit der Krankenkassen durch Stichprobenprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) u. a. zu prüfen, ob vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen erfolgen. Diese Bemühungen werden durch die kürzlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Maßnahmen zur Fortentwicklung der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2007 gestützt, insbesondere durch die Vorgabe zur verbindlichen krankenhausbezogenen Veröffentlichung von Daten der externen Qualitätssicherung. Im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 wird zu diskutieren sein, ob eine weitere Stärkung von qualitätssichernden Maßnahmen erforderlich ist.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden zudem zusätzliche Maßnahmen ergriffen, um positiv auf das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen einzuwirken. Zu nennen ist die Verankerung eines Anspruchs der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Dieses soll insbesondere Schnittstellenprobleme beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche vermindern. Auch die Schnittstelle zur stationären Anschlussrehabilitation soll dadurch verbessert werden. Die jeweiligen Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, haben dazu die erforderlichen Informationen auszutauschen und unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sicherzustellen.

2. Teilt die Bundesregierung die Erkenntnisse der REDIA-Studie und gibt es ihrer Auffassung nach Handlungsbedarf?

Die Bundesregierung nimmt die Ergebnisse der REDIA-Studie mit Interesse zu Kenntnis. Dies gilt umso mehr, als bislang keine inhaltlichen Ergebnisse der Begleitforschung vorliegen (siehe Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung). Zusätzlich zu den Relativierungen des Leserbriefes zu dem von den Fragestellern angeführten Beitrag im Deutschen Ärzteblatt (siehe Antwort zu Frage 1) ist darauf hinzuweisen, dass die Studie selbst davon ausgeht, dass sie „kurzfristige Entwicklungen und erste Tendenzen“ aufzeigen konnte, die allerdings durch eine weitere Studienphase „zum Zeitpunkt der vollständigen DRG-Implementierung validiert werden“ müssen (REDIA-Studie II, S. 242). Kurzfristiger Handlungsbedarf wird somit nicht gesehen.

Der AOK-Bundesverband, der BKK-Bundesverband, der IKK-Bundesverband, die Knappschaft und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen unterstreichen in ihrer gemeinsamen Stellungnahme zudem, dass die beiden bisherigen REDIA-Studien neben der nicht eingeschränkten Reha-Fähigkeit der Patientinnen und Patienten zudem keine signifikanten Verlagerungen des Behandlungsaufwandes vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitation durch eine Zunahme des Pflegeaufwands bzw. eine Veränderung des notwendigen therapeutischen und medikamentösen Betreuungsbedarfs nachweisen konnten.

Hinsichtlich eines in der Vorbemerkung der Fragesteller angesprochenen vermehrten Auftretens von Antibiotikaresistenten Krankenhausinfektionen (MRSA) wird darauf verwiesen, dass das Thema vermeidbare Krankenhausinfektionen nichts mit kurzen oder langen Liegezeiten zu tun hat, sondern ein Problem der Hygiene, vor allem der Händehygiene ist. Der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) weist auf ein im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) erstelltes aktuelles Gutachten des MDK Niedersachsen hin mit dem Titel „Versorgungssituation von Patienten mit Infektion oder Besiedelung mit multiresistenten Erregern

(MRE) in der medizinischen Rehabilitation der GKV“. Das Gutachten unterstreicht, dass alleine das Vorliegen eines MRSA-Status kein ausreichender Grund für eine fortgesetzte Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist.

Der Verband der privaten Krankenversicherung führt aus, dass die REDIA-Studie methodische Schwächen aufweise (geringe Fallzahl und nicht-randomisiert gezogene Stichprobe), die generalisierbare Interpretationen nicht zuließen.

3. Hat die Bundesregierung – neben den untersuchten Mehrbelastungen des Reha-Bereiches – auch Erkenntnisse über Mehrbelastungen im ambulanten Sektor durch frühzeitige Krankenhausentlassungen?

Aussagefähige Daten über eine mutmaßliche Mehrbelastung im ambulanten Bereich durch frühzeitige Krankenhausentlassungen liegen der Bundesregierung bislang nicht vor (siehe Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung). Auch dem AOK-Bundesverband, dem BKK-Bundesverband, dem IKK-Bundesverband, der Knappschaft und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen ebenso wie dem – durch gesonderte Stellungnahme mitgeteilt – Verband der privaten Krankenversicherung sind derzeit keine Mehrbelastungen des ärztlich ambulanten Sektors hinsichtlich frühzeitiger Krankenhausentlassungen bekannt. Die genannten gesetzlichen Krankenkassen weisen zudem darauf hin, dass auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) keine derartigen Mehrbelastungen nachweisen könne. Die im Frühjahr 2007 bei Verbänden und Instituten auf der Bundesebene durchgeführte BMG-Abfrage zu den Auswirkungen der DRG-Einführung hat hierzu kein eindeutiges Bild ergeben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat von der Möglichkeit der Beantwortung insgesamt, aber auch der Frage, inwieweit die DRG-Einführung zu einer Verlagerung von bislang stationär erbrachten Leistungen in den Bereich der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte geführt hat, keinen Gebrauch gemacht. Mangels vorhandener belastbarer Daten wurden von den antwortenden Verbänden und Instituten vielfach insbesondere Einschätzungen hinsichtlich einer Verlagerung von Voruntersuchungen auf niedergelassene Ärzte, von Pflegeleistungen auf gesonderte ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen oder auf Rehabilitationseinrichtungen geäußert. Medizinische Fachgesellschaften wiesen darauf hin, dass Art und Umfang von Verlagerungen in den einzelnen Fachgebieten sehr unterschiedlich seien, z. T. bestünden auch keine Verlagerungsmöglichkeiten.

Soweit Mehrbelastungen des Reha-Bereichs unterstellt werden, ist noch einmal auf den in der Antwort zu Frage 1 genannten Leserbrief zu verweisen, der hierzu weiteren Untersuchungsbedarf reklamiert. Die festzustellende verkürzte Gesamtbehandlungsdauer sei nicht nur auf eine Verkürzung der akutstationären Verweildauer, sondern auch auf schnellere Verlegungen und rückläufige Behandlungstage in der Rehabilitation zurückzuführen.

4. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über einen Drehtür-Effekt in Folge einer sog. blutigen Entlassung vor, also eines sekundären Krankenhausaufenthalts, der aufgrund der zu schnellen Entlassung bei der primären stationären Versorgung notwendig wurde?

Der Bundesregierung liegen hierzu bislang keine Daten aus der Begleitforschung vor (siehe Ausführungen in der Vorbemerkung). Die BMG-Abfrage zu den Auswirkungen der DRG-Einführung vom Frühjahr 2007 erbrachte auch keine objektiven Anhaltspunkte für Drehtür-Effekte, schon gar nicht für „blutige Entlassungen“. Hinzuweisen ist ferner, dass die in den DRG-Abrechnungsbestimmungen enthaltene Regelung zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus (§ 2 der Fallpauschalenvereinbarung, FPV)

einem Drehtür-Effekt grundsätzlich entgegenwirkt. Die Bundesregierung geht auch nicht davon aus, dass medizinisch unverantwortliche frühzeitige Entlassungen aufgrund der DRG-Einführung erfolgen.

Der AOK-Bundesverband, der BKK-Bundesverband, der IKK-Bundesverband, die Knappschaft und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen führen neben dem Hinweis auf die o. g. Fallzusammenführungsregelung nach der FPV aus, dass auch in Bezug auf die Wirkung der DRG-Einführung in den Vereinigten Staaten bei der Qualität der angebotenen stationären Leistungen nur geringe Veränderungen wahrgenommen werden konnten. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht in den DRG-Abrechnungsbestimmungen und der Möglichkeit des MDK, stichprobenartig zu prüfen, ob vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen vorliegen, hinreichende Steuerungsmechanismen, um verfrühten Entlassungen entgegenzuwirken. Der Verband der privaten Krankenversicherung ergänzt, dass die Wiederaufnahmeraten bei privat Krankenversicherten im Zeitraum 2003 bis 2006 keinen systematischen Trend aufweisen würden.

5. Gab es durch Verkürzungen der Liegezeiten im Akutbereich Kostensteigerungen für die Reha-Kliniken, also Verschiebungen der Aufgaben der Akut- in die Rehaversorgung, und werden diese Mehrkosten vollständig von den Krankenkassen übernommen?

Ob Leistungs- und damit Kostenverschiebungen zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen eingetreten sind, kann mangels vorhandener belastbarer Daten derzeit nicht beurteilt werden (siehe Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung). Anzumerken ist jedoch, dass es sich bei den vermuteten Leistungsverlagerungen auch um Leistungen handeln kann, die Krankenhäuser bislang unter Geltung der Tagessätze bei Patientinnen und Patienten erbracht haben, obgleich diese nicht mehr akutstationär behandlungspflichtig waren. Hierfür spricht, dass – wie in der Antwort zu Frage 3 angeführt – bei den Patientinnen und Patienten der REDIA-Studie regelmäßig Reha-Fähigkeit und abgeschlossene Wundheilung vorlagen. Anhand von Daten des VdAK (Verband der Angestellten Krankenkasse e. V.), für den Zeitraum 2004 bis ins laufende Jahr 2007 lässt sich zudem erkennen, dass die akutstationäre Verweildauer im VdAK-Bereich bei Patientinnen und Patienten, die in Reha-Einrichtungen entlassen wurden, mit –12,17 Prozent nicht stärker vermindert wurde als bei allen Krankenhausfällen (–12,24 Prozent). Der VdAK weist zudem darauf hin, dass bei Patientinnen und Patienten, die in Reha-Einrichtungen entlassen werden, die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 2,5mal so hoch sei wie im Gesamtdurchschnitt. Zudem würden seit dem Jahr 2004 nahezu unverändert 1,8 Prozent der stationären Fälle im VdAK-Bereich direkt in eine Reha-Einrichtung weiterverlegt.

Der Bundesregierung liegen keine Informationen vor, inwieweit einzelne Rehabilitationseinrichtungen in den letzten Jahren Mehrkosten aufgrund von Aufgabenverschiebungen zwischen Akut- und Rehaversorgung bei den Krankenkassen geltend gemacht haben. Hinsichtlich der von der Kostenentwicklung zu trennenden Ausgabenentwicklung führen der AOK-Bundesverband, der BKK-Bundesverband, der IKK-Bundesverband, die Knappschaft und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen aus, dass es mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems weder im Krankenhausbereich noch im Bereich der Rehabilitation zu einem Strukturbruch in den bisherigen Ausgabenverläufen kam. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Anschlussrehabilitation waren von 2002 bis 2006 von 1,62 auf 1,60 Mrd. Euro leicht rückläufig.

6. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse über ähnliche Sachverhalte in anderen medizinischen Fachgebieten als die in der REDIA-Studie untersuchte Kardiologie und Orthopädie, und wenn ja, welche?

Siehe Vorbemerkung der Bundesregierung.

7. Gab oder gibt es einen gesetzlichen oder untergesetzlichen Auftrag zur Evaluation der DRG-Einführung?

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung ausgeführt, wurden mit der Begleitforschung zu den Auswirkungen der DRG-Fallpauschalen die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) durch § 17b Abs. 8 KHG gesetzlich beauftragt. Die Selbstverwaltungspartner haben hierzu Forschungsaufträge zu vergeben.

8. Welche Evaluationen über die finanziellen Auswirkungen der DRG-Einführung auf die gesamte (Akut und Reha) Behandlung eines Patienten in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen liegen der Bundesregierung vor?

Siehe Vorbemerkung der Bundesregierung und Antwort zu Frage 2. Der Verband der privaten Krankenversicherung führt zudem aus, dass die Kostenträger die Rechnungsdatensätze umfassend hinsichtlich systematischer Effekte im Verhalten der Krankenhäuser prüfen würden.

9. Welche Evaluationen liegen der Bundesregierung bezüglich der unteren Grenzverweildauern vor und darüber, ob mit diesem Instrument „blutige Entlassungen“ vermieden werden können?

Siehe Vorbemerkung der Bundesregierung. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer vorzunehmenden Vergütungsabschläge tendenziell verhindern, dass Patientinnen und Patienten vorzeitig entlassen werden.

Der Verband der privaten Krankenversicherung erkennt anhand der Daten für privat Krankenversicherte ein ökonomisch motiviertes, strategisches Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, das auf die Verhinderung von Vergütungsabschlägen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ausgerichtet sei. Der AOK-Bundesverband, der BKK-Bundesverband, der IKK-Bundesverband, die Knappschaft und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen verweisen darauf, dass verfrühten Entlassungen auch durch das Instrument der Fallzusammenführung entgegengewirkt werde sowie auf die US-Erfahrungen mit der DRG-Einführung, die bei der Qualität der angebotenen stationären Leistungen nur geringe Veränderungen erkennen ließen (siehe auch Antworten zu Frage 4).



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333